

ле и на уровне посттравматических вегетативных расстройств, но при этом алкоголь отчетливо активизирует перекисное окисление липидов, подавляет антиокислительную защиту и провоцирует ускоренное, патологическое старение.

5. Лечение лиц, перенесших боевые черепно-мозговые травмы и страдающих алкогольной зависимостью, должно быть, кроме всего прочего, направлено на снижение активности процессов перекисного окисления липидов, т. е. на профилактику раннего, патологического старения.

---

<sup>1</sup> См.: Мякотных В. С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана. Екатеринбург, 1994.

<sup>2</sup> См.: Ланкин В. З., Тихазе А. К., Беленков Ю. Н. Свободнорадикальные процессы в норме и при патологических состояниях: Пособие для врачей. М., 2001.

<sup>3</sup> См.: Мецанинов В. Н., Гаврилов И. В. Методика определения биологического возраста человека: Информ. письмо. Екатеринбург, 1995.

<sup>4</sup> См.: Баевский Р. М., Кириллов О. И., Клецкин С. З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. М., 1984.

<sup>5</sup> См.: Andersen H. R., Nielsen J. B., Nielsen F. Antioxidative enzyme activities in human erythrocytes // Clin. Chem. 1997. Vol. 43 (4). P. 562–568.

<sup>6</sup> См.: Мякотных В. С., Таланкина Н. З., Боровкова Т. А. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы: (Обзор) // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2002. № 4. С. 61–64.

<sup>7</sup> См.: Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца: В 2 т. М., 2002. Т. 1.

<sup>8</sup> См.: Шерман М. А., Шутов А. А. Динамика психовегетативных расстройств у лиц с последствиями легкой боевой черепно-мозговой травмы // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. № 1. С. 17–20.

**В. С. Мякотных, Б. В. Мордашкин, Т. А. Боровкова**

## **ПСИХОТЕРАПИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ НЕЙРОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Доля пожилых в России неуклонно возрастает, и здравоохранение вынуждено обслуживать все возрастающий поток пациентов пожилого и старческого возраста. При этом дефицит бюджетных средств ориентирует медицину на финансово-сберегающие, но эффективные лечебные технологии. Это в значительной степени касается больных, страдающих наиболее часто встречающейся после 60 лет сосудистой патологией центральной нервной системы. Современное понимание нейрососудистой патологии у пациентов пожилого (60–75 лет) и старческого (свыше

---

МОРДАШКИН БОРИС ВИКТОРОВИЧ — врач-психотерапевт Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн.

© Мякотных В. С., Мордашкин Б. В., Боровкова Т. А., 2006

75 лет) возраста включает осознание того, что старость — не болезнь и не диагноз<sup>1</sup>. В то же время нарушение физиологического процесса старения приводит к полисистемной, полиорганной патологии — почти у каждого из обследуемых лиц пожилого возраста обнаруживается по 5–9 и более болезней. При старении нервной системы ранее всего страдают внутреннее торможение, сила возбуждения, подвижность и уравновешенность нервных процессов. Типично нарастающее ограничение афферентной, стремящейся от периферии к головному мозгу сигнализации, что извращает и снижает степень информированности мозга о состоянии внутренней и окружающей среды<sup>2</sup>. Примерно в 2,5 раза увеличивается время ответных реакций на световые, звуковые, соматосенсорные раздражения, снижается работоспособность нейронов, развивается особое торможение, предохраняющее нейроны от чрезмерной нагрузки<sup>3</sup>.

Ослабление тонуса симпатической нервной системы, активизирующей деятельность многих органов и систем, и уменьшение нейрогуморальных влияний на сердечную мышцу негативно влияет на сократительную способность миокарда. Создаются условия для снижения частоты сердечных сокращений, сердечного выброса крови в аорту и минутного объема крови, что негативно сказывается на мозговой и коронарной фракциях сердечного выброса. Это создает предпосылки к прогрессированию атеросклероза, артериальной гипертонии, возникает или усугубляется нейрососудистая патология.

Возрастные изменения в нервной и сердечно-сосудистой системах неотделимы друг от друга и закономерно ведут к нарушениям в психике<sup>4</sup>. Происхождение неврологических и психических нарушений в старости различно, темп нарастания неодинаков, время проявления индивидуально<sup>5</sup>. Так, например, механическое запоминание резко снижается, а логически-смысловое сохраняется долго.

Именно поэтому в клинике хронически протекающей недостаточности мозгового кровообращения, дисциркуляторной энцефалопатии часто выявляется сочетание неврологических и психических расстройств. Уже начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения<sup>6</sup> в виде сочетания трех или более из следующих жалоб — головная боль, головокружение, ощущение шума в голове, ухудшение памяти, снижение работоспособности, нарушение сна — диктуют врачу поиск оптимальных лечебно-профилактических мероприятий. Отсутствие объективных признаков неврологического дефицита или проявлений патологического раздражения отдельных церебральных структур при наличии субъективного дискомфорта может быть основанием для оказания лечебной помощи, в том числе психотерапевтической. Тем не менее среди современных методов реабилитации пожилых место психотерапии еще недостаточно обозначено. Определение возможностей таких методов психотерапии, как саморегуляция, в качестве средства решения реабилитационных задач — цель данного исследования.

**Материал исследования.** С учетом указанных выше возрастных критериев были отобраны для участия в группах саморегуляции 52 больных (10 мужчин, 42 женщины) пожилого ( $n = 44$ ) и старческого ( $n = 8$ ) возраста. Все пациенты страдали дисциркуляторной энцефалопатией 1-й ( $n = 35$ ) и 2-й ( $n = 17$ ) стадий соглас-

но известной классификации Е. В. Шмидта<sup>7</sup>. Психические расстройства представлялись негрубыми, но зачастую имели полиморфный, сочетанный характер (см. табл. 1).

Таблица 1

*Основные варианты психических расстройств*

Вариант нарушения	Мужчины (n = 10)	Женщины (n = 42)
1. Органические расстройства:	9	26
– легкие когнитивные	5	12
– эмоциональные	4	13
– расстройства личности	–	1
2. Невротические, связанные со стрессом соматоформные расстройства:	1	16
– тревожно-фобические	–	1
– смешанные тревожно-депрессивные	–	2
– преимущественно навязчивые мысли или размышления	–	1
– расстройства адаптации в сочетании с расстройствами эмоций и поведения	1	2
– пролонгированные депрессии	–	2
– ипохондрические расстройства	–	2
– вегетативные дисфункции	–	1
– неврастенический синдром	–	3

**Используемая методика психотерапии.** Использована методика групповой терапии с элементами цигун-терапии как системы аутогенной тренировки с помощью психофизических упражнений. Методика представляет собой комплексы традиционных китайских упражнений с тренировкой дыхания, мышления, положения тела. При этом формируется особое лечебное состояние — «внутреннее сосредоточение». Цигун требует регулярности занятий и точности выполнения рекомендаций<sup>8</sup>.

Практическая работа подразделялась на следующие этапы: 1) формирование группы пациентов; 2) отработка групповых упражнений; 3) составление индивидуальных оздоровительных рекомендаций.

*Этап формирования группы* включал клиническое обследование, выборку по возрасту, учет относительной нозологической однородности групп, степень выраженности соматической и неврологической симптоматики, патопсихологическое обследование и собеседование с психотерапевтом. Критерии отбора пациентов были следующими: 1) возраст старше 60 лет; 2) непсихотический уровень психических расстройств; 3) когнитивные и эмоциональные расстройства легкой степени выраженности; 4) отсутствие острых периодов хронических соматических заболеваний; 5) наличие психологической установки на активную борьбу со своими недугами.

В целях дифференциальной диагностики общего нейropsychического состоя-

ния пациентов использовалось комплексное патопсихологическое обследование, включающее следующие методы: таблицы Шульте, определяющие возможность и скорость решения логических задач, т. е. активность мыслительного процесса; «10 слов» (зрительная память); «образная память»; метод пиктограмм. После проведения тестирования нами были найдены следующие устойчивые сочетания патопсихологических признаков, которые в значительной степени служили ориентиром для возможности включения пациентов в группы психотерапевтической коррекции: 1) увеличение среднего времени выполнения поиска и счета цифр в таблице Шульте — 45–120 с и более; 2) снижение числа запоминаемых слов — менее 7 из 10; 3) уменьшение числа воспроизводимых образов — менее 6–7 из 16; 4) упрощение ассоциативных образов в пиктограммах, их стереотипизация (по типу «пляшущих человечков») с уменьшением доли символических и нарастанием конкретно-предметных, пропущенные абстрактные ассоциации, невозможность обратного ассоциирования и (или) неточное воспроизведение.

Различные сочетания указанных выше расстройств служат хорошей иллюстрацией изменений в психике у пожилых пациентов с начальными признаками нейрососудистой патологии.

Важнейшей составляющей структуры личности пациентов является система установок и мотиваций. Диагностика начальных проявлений нейрососудистых заболеваний головного мозга требует и более полного учета этой важнейшей для поведения сферы. То, насколько активно будет помогать врачу сам пациент, во многом определит тактику и стратегию лечения. Для субъективного учета личностных установок нами использовалась анкета, содержащая вопросы о мотивации на то или иное лечение. Часть пациентов, не имеющих установки для лечения психотерапевтическими методами, была ориентирована на физиотерапию, лечебную физкультуру, медикаментозную терапию, другим удалось мотивировать на использование психофизических упражнений с элементами цигун-терапии.

*Этап групповых занятий (отработки групповых упражнений)* состоял из 12 четко структурированных сессий. Темой каждой сессии являлся один из лечебных комплексов, который пациенты разбирали на дневном полуторачасовом занятии. Занятие проводилось в директивно-обучающей манере с ответами на вопросы пациентов и поэтапной отработкой всех нюансов, комплексов упражнений. Структурно каждое занятие состояло из обязательной «разминочной» части и блока лечебно-профилактических психофизических упражнений. В вечернее время пациенты имели возможность отработать выполнение упражнений под руководством инструкторов в кабинете лечебной физкультуры, так что процесс интенсифицировался до 2,5 часов в день.

Личностные взаимодействия («групповые процессы») между пациентами наблюдались в группах средней численностью по 6–12 человек и были представлены рядом феноменов (см. табл. 2). Представленные элементы обладают терапевтическим психотрансформирующим потенциалом, и при этом каждый участник получал индивидуально-адаптированный вариант психотерапевтического воздействия.

Таблица 2

*Феноменология личностных взаимодействий*

Вариант взаимодействия	Наиболее типичные высказывания пациентов при отдельных вариантах взаимодействия
1. Индукция	«Я делаю как сосед, как другие», «Я чувствую то же, что и другие»
2. Поддержка	«Делай как я, и у тебя получится», «Я могу, и ты сможешь»
3. Принятие	«Вместе мы поборемся с болезнями», «Бывает еще хуже»
4. Одобрение	«Мы все вместе делаем важнейшее дело»
5. Социальная вовлеченность	«Я – член группы саморегуляции»
6. Сплоченность	«Напомни мне, когда пойдешь заниматься», «Давай делать вместе»

Как правило, группа работала по закрытому типу (все начинают одновременно новый цикл занятий), что позволяло более глубоко и последовательно вникать в тематический материал. В случае полукрытой методики, когда поступление отдельных пациентов в группу происходит не одновременно, больше времени тратится на повторение занятий и «включение» новичка в групповую работу, но это допустимо, так как индивидуальный учет отработанных тем (каждый пациент ведет индивидуальную карточку занятий) позволяет каждому вести свой учет предстоящих занятий, и он может закончить свой курс из 12 занятий уже со следующей группой, без перерыва.

*Заключительным этапом (составление индивидуальных методических рекомендаций)* является подбор методики по отношению к состоянию каждого конкретного пациента с учетом соматического диагноза и психофизиологических особенностей личности. Эта часть работы проводилась как в виде индивидуальных консультаций по 15–30 минут, так и в группе, когда врач обращался к каждому пациенту отдельно.

Для отдельных пациентов оказалось важным закрепление полученных навыков в группе, и они при желании могли остаться в качестве уже «опытных» участников в следующей группе. При этом они часто помогали «новичкам», обучали их простым движениям, пластике, дыханию.

Часть пациентов иногда пропускала занятия по субъективным и объективным причинам. Опыт подсказывает, что пропуск более 3–4 занятий подряд резко снижает адаптацию в группе, пациент в ней уже не удерживается, несмотря на то, что прошел отбор по критериям.

Пациенты имели возможность выбора группы психотерапии. Часть из них выбрала группу саморегуляции (активные психофизические упражнения) с элементами цигун-терапии, другие — группу релаксации (расслабление с гетеросуггестивным воздействием), которая в дальнейшем рассматривалась нами в качестве группы сравнения. Мы проанализировали некоторые составляющие их вы-

бора, используя методы анкетирования и патопсихологического обследования с подсчетом результатов по специальной балльной системе. Всего обследовано 28 пациентов (21 женщина, 7 мужчин) в возрасте от 60 до 75 лет. Основными видами мотивационных установок оказались следующие: 1) желание разнообразных методов лечения; 2) желание активной (решающей) позиции в лечебном процессе. Первый вариант установки набрал в группе саморегуляции 260 баллов, в группе релаксации — 190; второй вариант соответственно по группам — 150 и 70. Полученные результаты свидетельствуют о том, что имеется тенденция к выбору более разнообразных методов лечения и своей активной позиции в лечебном процессе у пациентов группы саморегуляции. Но по осведомленности о сущности своих расстройств и пониманию важнейших причин болезней пациенты групп саморегуляции (430 баллов) и релаксации (430 баллов) одинаковы. В оценке веры в выздоровление, улучшение в группе саморегуляции пациенты набрали 80 баллов, релаксации — 60. Таким образом, более оптимистично видят свое будущее больные группы саморегуляции.

Для того чтобы определить, не связаны ли такие оценочные расхождения в группах с имеющейся соматической патологией, проведен анализ субъективной оценки основных симптомов (использовался интегративный показатель произведения частоты и интенсивности симптомов).

Оказалось, что больные в группе релаксации по большинству показателей субъективной оценки тяжести соматического состояния, в том числе снижающих способность к произвольной двигательной активности (одышка, боли в суставах, позвоночнике), оценивают свое состояние как значительно более тяжелое.

Исследование же субъективной оценки тяжести психологических расстройств выявило иные тенденции. У больных группы саморегуляции отмечены субъективно более высокие оценки тяжести психологических расстройств. Дальнейшая попытка объективизировать некоторые патопсихологические показатели привела к следующим результатам: 1) тест «10 слов» (зрительная память): группа саморегуляции — 6, группа релаксации — 8; 2) среднее время при подсчете таблиц Шульте: группа саморегуляции — 76, группа релаксации — 73.

Результаты подтверждают более низкие субъективные показатели в группе саморегуляции по памяти и вниманию. Используя оценочные шкалы основных клиничко-психопатологических характеристик (Маламуда — Сэндса в редакции М. М. Кабанова)<sup>9</sup> для учета предболезненных (преморбидных) и текущих расстройств, мы получили следующие суммарные значения: группа саморегуляции — 22,0 балла, группа релаксации — 16,8. Это полностью сопоставимо с субъективной оценкой симптомов пациентами.

**Результаты исследования и лечения.** В процессе лечения получена положительная динамика по большинству параметров субъективной оценки состояния пациентов.

В качестве методики учета динамики клинического состояния использовалась оценочная шкала основных клиничко-психопатологических характеристик (Мала-

муда — Сэндса в редакции М. М. Кабанова), дающая сравнительную характеристику состояния пациентов до начала и в конце лечения по 12 параметрам: внешний вид, двигательная активность, подверженность внешним влияниям, общительность, трудовая деятельность, сон, настроение, характер аффекта, внимание и реакция на окружающих, память, характер ассоциации, мышление. При этом использовалась балльная шкала. Для учета субъективных оценок пациентов применялось анкетирование по разработанной нами схеме с градацией в баллах (от 1 до 6) по частоте и интенсивности 47 симптомов, основные из которых: головные боли, головокружения, боли в области сердца, живота, позвоночника, нарушения памяти, эмоций, влечений, сна.

Наилучшие результаты (5–6 баллов) получены в плане улучшения сна, повышения интереса к жизни, исчезновения чувства ненужности. Средние результаты (3–4 балла) определялись в отношении уменьшения раздражительности, чувства одиночества, разочарования, ощущения слабости, вялости в теле. Удовлетворительные или незначительные результаты (1–2 балла) получены в отношении уменьшения интенсивности и частоты возникновения головных болей, головокружения, болей в суставах и в области позвоночника. Практически у всех пациентов отмечена позитивная динамика в отношении двигательной активности, общительности, эмоциональной адекватности, настроения, реакций на окружающее, характера ассоциаций. В целом улучшился психологический настрой личности, по динамике в целенаправленности пациентов отмечена их позитивная настроенность в миропонимании и мироощущении (в 65 %), появилась конкретизация планов на будущее, привязка их к оздоровлению и реалистичность (в 70 %), повышение активности позиций в жизни и ответственности по отношению к своему здоровью (в 60 %).

### **Выводы**

1. Полученные данные указывают на существенную разницу в характеристиках групп саморегуляции и релаксации по многим показателям и не исключают связи этих показателей с установкой пациентов в их выборе той или иной терапевтической группы, методики.

2. Внешнюю парадоксальность соотношения «тяжести» соматических проявлений и «легкости» патопсихологического состояния в группе релаксации возможно объяснить защитной ролью, которую играет психика, реагирующая на расстройства в здоровье, меняющая поведение пациентов, в той или иной мере выбирающих путь выздоровления. По мере декомпенсации саногенных механизмов при увеличивающемся уровне поражения органных систем активность, вера в себя и в выздоровление снижаются.

3. Очень важен точный учет мотиваций пациентов и особенностей их психологических установок при выборе терапии для конкретного больного, страдающего нейрососудистой патологией, и в прогнозировании результатов лечения.

4. Использование в реабилитации пожилых и старых больных, страдающих нейрососудистой патологией, групповой психотерапии, а именно метода саморегуляции с элементами цигун-терапии, способствует отчетливой психологичес-

кой активизации больных, что закономерно повышает общую эффективность лечения.

<sup>1</sup> См.: Анисимов В. Н., Соловьев М. В. Эволюция концепций в геронтологии. СПб., 1999.

<sup>2</sup> См.: Мякотных В. С., Стариков А. С., Хлызов В. И. Нейрососудистая гериатрия. Екатеринбург, 1996.

<sup>3</sup> См.: Маньковский Н. Б., Литовченко С. В. Состояние высшей нервной деятельности и некоторые показатели экспериментально-психологических исследований у лиц старших возрастов // Журн. невропатологии и психиатрии. 1985. № 1. С. 1345–1348.

<sup>4</sup> См.: Фролькис В. В. Старение: Нейрогуморальные механизмы. Киев, 1981.

<sup>5</sup> См.: Маньковский Н. Б., Миц А. Я. Болезни нервной системы // Гериатрия / Под ред. Д. Ф. Чеботарева. М., 1990. С. 182–200.

<sup>6</sup> См.: Манвелов Л. С. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (этиология, патогенез, клиника и диагностика) // Лечащий врач. 1999. № 5. С. 37–41.

<sup>7</sup> См.: Шмидт Е. В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журн. невропатологии и психиатрии. 1985. № 9. С. 1281–1288.

<sup>8</sup> См.: Цигун: Пер. с кит. / Под ред. Б. П. Регентова. М., 1990.

<sup>9</sup> См.: Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Л., 1978.

Т. А. Боровкова, В. С. Мякотных

## ЛАКУНАРНЫЕ ИНФАРКТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА — ПРОБЛЕМА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

На фоне постоянного внимания, которое сегодня уделяется сосудистой патологии головного мозга, особенно острым нарушениям мозгового кровообращения — инсультам, проблема лакунарных инфарктов (ЛИ) головного мозга как особой разновидности инсультов недостаточно освещена как в медицинской, так и в научно-популярной литературе. Задача настоящей статьи — привлечь внимание к этой проблеме не только специалистов (врачей-неврологов, терапевтов, кардиологов), но и всех желающих сохранить свое здоровье и жизненную активность на долгие годы.

**История вопроса, эпидемиология.** Лакунарный инфаркт — один из видов ишемических нарушений мозгового кровообращения при артериальной гипертензии, характеризующийся развитием небольших очагов некроза в глубоких отделах головного мозга вследствие поражения внутримозговых артерий и имеющий определенную морфологическую и клиническую картину<sup>1</sup>. При возникновении ЛИ в веществе мозга образуются небольшие полости (лакуны), что и определило название патологического процесса.

Термин «лакуна» впервые в 1838 году применил французский врач и исследователь Де Камбре при описании небольших полостей в веществе головного мозга, образовавшихся вследствие резорбции размягчений.